بررسی تأثیر تلاوت قرآن در سه ماه آخر بارداری بر شدت درد زایمان در زنان نخست زا: یک کارآزمایی بالینی

شفیقه محمدی‌تبار[1]، پروین رهنما[*1]، آزیتا کیانی[1] ، معصومه حیدری[1]

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد

فصلنامه پایش
سال یازدهم شماره ششم آذر ـ دی ۱۳۹۱ صص ۹۰۶-۹۰۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۸/۴
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۳ دی ۱۳۹۱]

چکیده

یکی از شدیدترین دردهایی که زنان در طول زندگی خود تجربه می‌کنند درد زایمان است. علیرغم پیشرفتهای نوین در طب، اداره مناسب آن همچنان یکی از معضلات مهم علم مامایی محسوب می‌گردد. این تحقیق با هدف بررسی تأثیر تلاوت قرآن در سه ماه آخر بارداری بر شدت درد زایمان در زنان نخست زا، در سال ۱۳۸۹ انجام گرفت. تحقیق با طراحی کارآزمایی بالینی بر روی ۸۷ نفر از زنان نخست‌زای سالم که در هفته ۳۰-۲۸ حاملگی به یکی از بیمارستانهای دانشگاه شاهد مراجعه کرده بودند، صورت گرفت. زنان مورد مطالعه به طور تصادفی در دو گروه شاهد (۴۶ نفر) و مورد (۴۱ نفر) قرار گرفتند. افراد در گروه مورد، در سه ماه آخر بارداری تا زمان زایمان هر روز یک بار و در مجموع حداقل ۳۰ بار یکی از سه سوره انشقاق، یس یا مریم را تلاوت کردند و گروه شاهد، فقط مراقبتهای مرسوم را دریافت کردند. هر دو گروه تا زمان انجام زایمان طبیعی تحت نظر قرار گرفتند. شدت درد در هر دو گروه به ترتیب در چهار نوبت یعنی در زمانی که اتساع دهانه رحم بین ۵-۳، ۸-۵ و ۱۰-۸ سانتی متر بود و همچنین در مرحله دوم زایمان، بر اساس مقیاس درد خطی بصری اندازه‌گیری و با یکدیگر مقایسه شدند. بین دو گروه از نظرسن، سابقه درد موقع قاعدگی، شغل، میزان تحصیلات، زمان زایمان به لحاظ نوبت‌های زایمان و وزن نوزاد با یکدیگر اختلاف وجود نداشت. میانگین شدت درد در هنگام اتساع دهانه رحم بین ۵-۳ ، ۸-۵ و ۱۰-۸ سانتی متر، در گروه مورد از گروه شاهد به صورت معنادار کمتر بود، اگرچه شدت درد به هنگام اتساع دهانه رحم به میزان ۱۰ سانتی‌متر تا زمان زایمان، در دو گروه اختلاف معنادار نداشت. به نظر می‌رسد قرائت قران قبل از زایمان بر کاهش درد زایمان اثر دارد و قادر است فرایند زایمان را تحمل‌پذیرتر کرده و همچنین خاطره معنوی خوشایندی برای مادران ایجاد نماید.

کلیدواژه‌ها: بارداری، تلاوت قرآن، زنان نخست‌زا، درد زایمان

شماره ثبت کارآزمایی بالینی: IRCT201105266206N2

[*] نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان ولی‌عصر، نرسیده به خیابان طالقانی، جنب هتل جهان، پلاک ۶، دانشکده پرستاری مامایی شاهد
تلفن: ۶۶۴۱۸۵۹۰
E-mial: t_rahnama1381@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.17.9]

مقدمه

زنان در طی زایمان شدت بالایی از درد را تجربه می‌کنند. نتایج مطالعات بیانگر آن است که ۶۰ درصد از مادران نخست‌زا و ۴۰ درصد از مادران چندزا این درد را شدیدترین درد ارزیابی می‌کنند [۱] و عدم تسکین آن میتواند تأثیر به سزایی در وضعیت فیزیولوژیکی زن داشته باشد. این اثرات ازجمله افزایش برون ده قلبی، فشارخون، میزان تنفس، مصرف اکسیژن و سطح کاتکولامین می‌تواند هم بر روی مادر و هم جنین اثرات سوء داشته باشد[۲] درد هنگام زایمان می‌تواند بر روی کنترل احساسات زن نیز تأثیر بگذارد و می‌تواند با ترس همراه شود، که سبب کندشدن جریان زایمان و درخواست مادر برای سزارین بدون علت خواهد گردید[۳]. به‌رغم پیشرفتهای نوین در طب، اداره مناسب درد زایمانی همچنان از معضلات علم مامایی محسوب می‌گردد. از قرون متمادی و تا اواسط قرن بیستم کوششهای فراوانی برای تسکین درد زایمان از جمله استفاده از تلقین، جادوگری، دعا، طب سنتی، طب سوزنی، روان درمانی و مسکنهای گوناگون انجام گرفته است[۱]. روشهای غیر دارویی و غیر تهاجمی تسکین درد زایمان که امروزه مورد توجه و استفاده قرار می‌گیرد، شامل؛ حمایت روحی، لمس و ماساژ،گرم و سرد کردن نواحی دردناک، هیدرو تراپی، هیپنوتیسم، تغییر پوزیشن بیمار هستند. از جمله مسائل روانی مؤثر بر تسکین درد، فرهنگ وآداب و رسوم و گرایشهای مذهبی جامعه است که امروزه بطور گسترده‌ای در دنیا مطرح است[۶-۴]. علاوه بر عوامل روانی، بیولوژیکی و اجتماعی، عوامل فرهنگی نیز بر روی ادراک شدت درد زایمانی به عنوان عوامل مؤثر شناخته شده است[۷]. همچنین ارزشهای فرهنگی و یادگرفته شده در تحمل و پاسخ به درد مؤثر بوده، به همین دلیل چگونگی پاسخ به دردهای زایمانی در بین خانمها بسیارمتفاوت است[۸]. عنصر مذهب به عنوان قدرتمندترین عناصر تأثیردار بر تحمل درد معرفی شده است[۹]. موسوی نیز تأثیر دو عامل آوای قرآن و موسیقی را برکاهش شدت درد در مرحله فعال زایمانی، مطالعه و با هم مقایسه کرد. او دریافت شنیدن آوای قرآن بیش از موسیقی، در چهار ساعت ابتدای فاز فعال زایمانی، از شدت درد زایمانی می‌کاهد[۱۰]. براساس روایات و احادیث ائمه و بزرگان دین اسلام جهت کاهش دردهای زایمانی ادعیه و دستور العمل‌های خاص و متفاوتی، ازجمله تکرار آیه ۳۵ از سوره آل عمران یا قرائت سوره‌های مریم، انشقاق، از قرآن را در طول مدت زایمان توصیه شده است[۱۱،۱۲]. از طرف دیگر بر طبق بررسیهای انجام شده موثرترین زمان برای آمادگی جهت زایمان و کاهش درد زایمان در مادر، اقدامات انجام شده در دوران بارداری و قبل از زایمان است. ملزاک و همکاران در بررسی‌های خود نشان دادند مادرانیکه با آمادگی مناسب قبلی وارد مرحله زایمان طبیعی شدند نسبت به افراد بدون آمادگی قبلی بر اساس معیارهای سنجش درد بصری حدود ۳۰ درصد درد کمتری را جربه می‌کنند. لذا بهترین زمان برای کسب آموزش در مورد انواع روشهای تسکین درد را دوران بارداری می‌دانند[۱۳]. شهناز کهن در مطالعه خود نشان داد که آماده‌سازی مادر در قبل از زایمان بطور معنی‌داری می‌تواند از شدت درد مرحله اول زایمان بکاهد ولی بر شدت درد در مرحله دوم زایمان تأثیر معنی‌دار نداشت[۱۴]. تمایل متخصصان مامایی و پرسنل بهداشتی به‌منظور اداره و کنترل درد زایمانی به روشی مؤثر و بی‌خطر، توجه به ارزشهای فرهنگی و دینی کشورمان و همچنین انجام مطالعات بسیار محدود و اندک در زمینه اثر تلاوت آیات قرآن بر درد زایمان، اندیشه تعیین تأثیر تلاوت آیات قرآن در ماههای آخر بارداری بر احساس درد در زنان نخست‌زا در طول زایمان را در گروه تحقیق ایجاد کرد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی بودکه بر روی ۸۷ نفر (۴۱نفر گروه مورد و ۴۶ نفر گروه شاهد) از زنان نخست‌زای سالم مراجعه کننده به یکی از بیمارستانهای دانشگاه شاهد در سال ۱۳۸۹ انجام شد. حجم نمونه با توجه به مطالعه مقدماتی انجام شده توسط محقق با سطح اطمینان ۹۵ درصد و احتمال خطای ۵ درصد تعداد ۴۱ نفر برآورد شد. از آنجایی که احتمال ریزش نمونه به دلیل انجام سزارین وجود داشت لذا مطالعه درخصوص ۶۰ نفر در هر گروه انجام شد. پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش شامل یک قسمت بود که در طی آن مشخصات دموگرافیک و باروری افراد در آن منظور شده بود. در این مطالعه دردی که زائو در هنگام انقباض رحم در شکم و کمر خود احساس می‌کرد ملاک بررسی قرارگرفت و شدت آن در مراحل مختلف تعیین گردید. برای سنجش شدت درد نیز از مقیاس بصری عددی و برگه ثبت شدت درد (خط مدرج ۱۰-۰سانتی‌متر) استفاده گردید. مقیاس دیداری درد خطی عمودی به طول ۱۰ سانتیمتر است که از صفر تا۱۰ شماره‌گذاری شده است. (صفر به معنای «کاملاً بدون درد» و ۱۰ «حداکثر شدت درد» است). مقیاس دیداری درد ابزاری استاندارد بوده و مورد تأیید است[۱۵]. انتخاب نمونه‌ها به صورت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.17.9]

آسان یا در دسترس انجام گرفت. افراد واجد شرایط شامل زنان با سن حاملگی بین ۳۰-۲۸ هفته، نخستزا و بدون عوارض حاملگی بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل افرادی بودند که در شروع مطالعه و در طول زایمان روش ختم حاملگی آنها سزارین تشخیص داده می‌شد. افراد مذکور به صورت تصادفی به دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند. پس از کسب رضایت کتبی از مادران از گروه مورد درخواست می‌شد که در سه ماه آخر بارداری، هر روز یک بار و مجموعاً حداقل ۳۰ بار تا زمان زایمان یکی از سه سوره انشقاق، یس یا مریم را تلاوت کنند و در گروه شاهد نیز هیچگونه راهکاری جهت کاهش درد زایمان ارایه نشد و مراقبتهای مرسوم را دریافت نمودند. در مرحله بعد مادرانیکه حداقل ۳۰ بار سوره مورد نظر را خوانده بودند و برای انجام زایمان طبیعی به بیمارستان مراجعه کرده و زایمان آنها به صورت طبیعی خاتمه می‌یافت در گروه مورد قرارگرفتند. گروه شاهد متشکل از زنانی بود که با شرایط مشابه گروه مورد، هیچ سوره ای از قرآن را در دوران بارداری تلاوت نکرده و برای زایمان طبیعی به بیمارستان مراجعه کرده بودند و تمام مراحل زایمان طبیعی را طی و زایمان آنان به صورت طبیعی خاتمه پیدا می‌کرد. شدت درد هر دو گروه مورد و شاهد به ترتیب در چهار نوبت یعنی در زمانیکه اتساع دهانه رحم بین ۵-۳ ، ۸-۵ و ۱۰-۸ سانتیمتر و همچنین مرحله دوم زایمان یعنی از ۱۰ سانتی متر تا خروج نوزاد بود، توسط یک نفر ماما که از روش مطالعه وگروه مورد و شاهد اطلاع نداشت، از طریق معاینه و مصاحبه اندازه‌گیری و ثبت شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمونهای مختلف نظیر آزمون t مستقل و χ^2 و آزمون من‌ویتنی بر اساس نوع متغیر، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در کل مطالعه بر روی ۸۷ نفر (۴۱ نفر مورد و ۴۶ نفر شاهد) انجام شد. میانگین سنی (انحراف معیار) در گروه مورد (۴/۲۳)۲۷/۴۳ و در گروه شاهد (۳/۸۷)۲۶/۲۸ بود و اختلافی معنادار بین دو گروه مشاهده نگردید. همچنین اختلاف آماری معنادار از نظر پاره شدن کیسه آب قبل از فاز فعال، سابقه ابتلا به دیسمنوره، شاغل بودن، سطح تحصیلات، زمان زایمان در شیفتهای صبح و ظهر و شب بین دو گروه و همچنین وزن نوزاد مشاهده نگردید (جدول ۱) نتایج آزمون من ویتنی نشان داد که میانگین شدت درد درگروه مورد نسبت به گروه شاهد زمانیکه اتساع دهانه رحم بین ۵-۳ سانتی متر میباشد کمتر از گروه شاهد است. و بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد. همچنین در اتساع دهانه رحم بین ۸-۵ و ۱۰-۸ سانتی متر نیز، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود دارد (جدول ۲). در ارتباط با مرحله دوم زایمان یعنی در هنگام اتساع دهانه رحم بین ۱۰ سانتی‌متر تا خروج نوزاد، اختلاف معنی‌دار به لحاظ میانگین شدت درد بین دو گروه مشاهده نشد (جدول۲). در انتها میانگین شدت درد در طول زایمان نیز در دو گروه محاسبه و مورد مقایسه واقع شد. همانگونه که مشاهده می‌گردد نتایج بیانگر آن است که بین دو گروه میانگین شدت درد با یکدیگر اختلاف معنی‌دار آماری داشت (جدول۲).

جدول ۱: خصوصیات مادران به تفکیک گروههای مورد مطالعه(تعداد=۸۷)

	گروه مورد (تعداد=۴۱)	گروه شاهد (تعداد=۴۶)	P
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
سطح تحصیلات			*۰/۱۸
کمتر از دیپلم	۳۰(۷۳/۲)	۲۷(۵۸/۸)	
بیشتر از دیپلم	۱۱(۲۶/۸)	۱۹(۴۱/۳)	
شغل مادر			*۰/۵۲
خانه‌دار	۳۷(۹۰/۲)	۳۸(۸۲/۶)	
شاغل	۴(۹/۸)	۸(۱۷/۳)	
سابقه ابتلا به درد هنگام قاعدگی			*۰/۲۸
بلی	۱۸(۴۴/۰)	۲۵(۵۴/۳)	
خیر	۲۳(۵۶/۰)	۲۱(۴۵/۶)	
پاره شدن کیسه آب قبل از فاز اول			*۰/۴۸
بلی	۱۴(۳۴/۱)	۱۲(۲۶/۰)	
خیر	۲۷(۶۵/۹)	۱۴(۷۴/۰)	
زمان زایمان			*۰/۴۵
صبح	۱۷(۴۱/۵)	۲۵(۵۴/۳)	
عصر	۱۶(۳۹/۰)	۱۵(۳۲/۶)	
شب	۸(۱۹/۵)	۶(۱۳/۰)	
سن (سال)			*۰/۲۶
میانگین (انحراف معیار)	۲۷/۴۳(۴۰/۲۳)	۲۶/۲۸(۳/۸۷)	
وزن نوزاد (کیلوگرم)			**۰/۰۱
میانگین (انحراف معیار)	۳/۱۹(۰/۳۴)	۳/۱۶(۰/۳۲)	

*آزمون کای دو، **آزمون تی‌تست

جدول ۲: شدت درد در مراحل مختلف زایمان بر اساس اتساع دهانه رحم به تفکیک گروههای مورد مطالعه (تعداد=۸۷) ـ آزمون من‌ویتنی

	شدت درد گروه مورد (تعداد=۴۱)	شدت درد گروه شاهد (تعداد=۴۶)	P
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
۵-۳ سانتی متر	۲/۲ (۲/۶)	۴/۲۶(۲/۱)	<۰/۰۰۱
۸-۵ سانتی‌متر	۲/۴ (۵/۷)	۷/۱(۱/۸)	۰/۰۰۳
۱۰-۸ سانتی‌متر	۸/۳(۱/۷)	۹(۱/۳)	۰/۰۲۳
۱۰ سانتی‌متر تا زمان زایمان	۹/۵۶(۱/۴)	۹/۸(۰/۹۵)	۰/۳۶
در طول زایمان	۲۶/۲۳(۵/۴۰)	۳۰/۳۴(۴/۷۳)	<۰/۰۰۱

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.17.9]

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر بیانگر آن بود که تلاوت آیات قرآن در سه ماه آخر بارداری منجر به کاهش معنی‌دار شدت درد در طول زایمان می‌شود. اقدامات غیر دارویی که قبل از زایمان و در طی حاملگی مورد استفاده قرار می‌گیرند می‌توانند منجر به کاهش درد در طی زایمان گردند. در رویکرد انجام زایمان به شیوه فیزیولوژیک که امروزه بسیار بر آن تأکید می‌شود درد به عنوان یک عارضه جانبی در روند زایمان پذیرفته شده و هدف آن آموزش و یاری مادر برای جلب همکاری و مشارکت او و استفاده از روشهای غیر دارویی تسکین درد است، روش ایده آل تسکین درد زایمان بایستی بصورت روشی مؤثر، ایمن، و برگشت‌پذیر باشد تا استفاده از آن آسان و تحت کنترل مادر بوده و با سیر طبیعی زایمان و تحرک مادر تداخل ایجاد ننماید[۴]. تلاوت آیات قرآن روشی ایمن و تحت کنترل مادر بوده و در این مطالعه اثر آن بر کاهش درد نیز به اثبات رسید. نتایج مطالعات بیانگر آن است که عوامل مختلفی می‌تواند بر درد زایمان اثرگذار باشند این عوامل شامل تاریخچه قاعدگی دردناک، نخست‌زایی، زایمان نوزاد درشت، سن مادر، سطح تحصیلات مادر و پارگی زودرس کیسه آب هستند[۱۹-۱۶].که در این مطالعه عوامل مذکور کنترل شده‌اند و بر اساس نتایج به دست آمده، اختلافی بین دو گروه از نظر متغیرهای نام برده شده وجود نداشت. نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن بود که شدت درد در اتساع دهانه رحم به میزان ۵-۳، ۸ -۵ و ۱۰-۸ سانتی‌متر کاهش معنی‌دار در گروه مورد نسبت به گروه شاهد داشت. نتایج مطالعه موسوی نیز نشان داد که آوای قرآن بیش از شنیدن نوای موسیقی می‌تواند در کاهش شدت درد در ۴ ساعت ابتدای فاز فعال مؤثر باشد[۱۰]. در روشهای غیر دارویی به منظور کاهش درد، از آنجایی که زن تصمیم‌گیرنده است لذا احساس قوی بودن و کنترل داشتن در او ایجاد می‌گردد، در واقع مشارکت فعال مادر در روند زایمان سبب افزایش اعتماد به نفس، احساس تسلط و تحمل بهتر درد می شود[۲۰]. در مطالعه انجام شده فعلی نیز در واقع مادر در طول دوره حاملگی خود مشارکت فعال داشته است. سایر مطالعاتی که در این زمینه انجام شده است بیانگر آن است که خانمهایی که اعتقاد به توانایی خودشان در مقابله با زایمان دارند بطور معنی‌دار در درک درد زایمان همکاری می‌کنند و درد کمتری را ابراز می‌دارند[۲۱،۲۲]. بیماران اظهار می‌دارند که باورهای مذهبی و عوامل روحی یک رویکرد مهم در زندگی آنها به منظور مقابله با انواع بیماریها شامل بیماریهای اسکلتی عضلانی، سرطان وکم خونی داسی شکل هستند[۲۳]. در تأیید نتایج فوق مطالعه‌ای که بر روی ۱۲۲ نفر از افرادی که از دردهای مزمن در رنج بودند نشان داد که تجربیات معنوی روزانه، و حمایت مذهبی می‌تواند شدت درد و هزینه‌هایی که برای دریافت مسکن و کاهش درد پرداخت میشود را کاهش دهد[۲۴]. هنگام درد، شخص سطوح بالایی از هیجان را تجربه می‌کند که همین مسئله تحمل درد را در فرد کاهش می‌دهد در حالی که با برقراری آرامش از طریق ایمان و اعتقادات مذهبی می‌تواند درد را تحمل کرده و سطح تحمل خود را بالا ببرد[۲۵]. در مطالعه حاضر نیز زنان باردار با تمایل و تصمیم خود اقدام به تلاوت آیات قرآن نموده‌اند که انجام این مهم می‌تواند منجربه ارتقای باورهای مذهبی در زنان شده و به ایجاد آرامش و افزایش سطح تحمل آنها منتهی گردد. لذا به نظر می‌رسد توانایی مقابله با زایمان در طی حاملگی در آنها ایجاد شده و منجر به کاهش شدت درد آنها در طول زایمان گردد. از دیگر نتایج این مطالعه عدم اختلاف شدت درد در بین دو گروه مورد مطالعه در مرحله دوم زایمان بوده است. در همین رابطه Brenda نیز در تحقیق خود گزارش نمود که اکثر مزایای درمانهای تکمیلی در فاز نهفته مرحله اول زایمان است که این مهم نیز می‌تواند منجر به عدم مراجعه زودرس زائو به بیمارستان و کاهش میزان سزارین گردد. در خصوص تأثیر این اقدامات بر فاز فعال و مرحله دوم زایمان اختلاف نظر وجود دارد[۲۶،۲۷]. در واقع تجربه درد در مرحله اول زایمان می‌تواند تحت تأثیر برخی عوامل از جمله ترس، اعتماد به نفس، باور انجام زایمان و اضطراب قرار گیرد و مداخلات می‌توانند در این مرحله به زائو کمک کنند؛ ولی در مرحله دوم تأثیر آنها تأیید نشده است[۲۸،۲۹]. با توجه به اینکه تجربه درد در هنگام زایمان به خصوص در مرحله اول می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار گیرد لذا با تأثیرگذاری از طریق راه حلهای مختلف می‌توان شدت درد در این مرحله را کاهش داد. ولی وقتی اضطرابها افزایش می‌یابد افرادکمتر توانایی کنترل را دارند و به تدریج بر شدت درد افزوده می‌شود. این روش نیز همانند دیگر روشهای غیر دارویی کنترل درد در مراحل اولیه زایمانی تأثیر بیشتری داشته است.

به دلیل اولویت ارتقای زایمان طبیعی و ناکافی بودن اجرای روشهای غیر دارویی در کشور ما و از آنجایی که روش بکار برده شده در مطالعه حاضر توانسته است در کاهش درد زایمان اثر داشته باشد؛ لذا تلاوت آیات قرآن توسط مادران می‌تواند با توجه به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.17.9]

مشارکت فعالی[۳۰] که مادر در طی انجام روش مذکور دارد، منجر به افزایش اعتماد به نفس، احساس تسلط و تحمل بهتر درد و در نتیجه ایجاد خاطره خوشایندی برای وی گردد. از طرف دیگر باتوجه به اینکه تقاضای زایمان سزارین انتخابی در اکثر مواقع به دلیل ترس از درد زایمان طبیعی است[۳۱] و در روش مورد مطالعه شدت درد زایمان در طول زایمان کاهش یافته است که می‌تواند منجر به کاهش ترس از زایمان در حاملگی‌های بعدی گردد. بنابر این به نظر می‌رسد با انجام روش مذکور بتوان از میزان سزارینهای بدون علت نیز کاست. تلاوت آیات قرآن از جمله روشهایی است که انجام آن آسان و تحت کنترل مادر و ایمن است و تأثیر آن نیز در این مطالعه به منظور کاهش شدت درد در طی زایمان، ثابت شد. در این مطالعه تلاوت آیات قرآن توسط فرد مورد مطالعه انجام شد و ثبت آیات و تعداد آیات قرائت شده نیز توسط روش خودگزارشی صورت گرفت که می‌تواند جزء محدودیتهای مطالعه محسوب گردد.

سهم نویسندگان

شفیقه محمدی تبار: طراحی، اجرا، نمونه‌گیری، نگارش مقاله اولیه
پروین رهنما: راهنمایی در تدوین مقاله، تجزیه و تحلیل اطلاعات
آزیتا کیانی: همکاری و مشاوره در انجام طرح
معصومه حیدری: مشاور اجرایی طرح

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از اعضای محترم شورای پژوهشی دانشگاه شاهد به دلیل حمایت وپشتیبانی از اجرای این پژوهش ابراز می نماید. همچنین از کلیه زنان حامله‌ای که در طرح مذکور مشارکت فعال داشته‌اند تشکر می‌نمایند.

منابع

1. Phumdoung S, Good M. Music reduces sensation and distress of labor pain. Pain Management Nursing 2003; 4: 54-61
2. Chuntharapat S, Petpichetchian M, Hatthakit U. Yoga during pregnancy: Effects on maternal comfort, labor pain and birth outcomes. Complementary Therapies in Clinical Practice 2008; 14: 105-115
3. Lang AJ, Sorrel JT, Rodger CS. Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. European Journal of Pain 2006; 10: 263-270
4. Penny P, Simpkin P, O'Hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2002; 186: 131-159
5. Mc Crea H, Marion E. Stringer W, Stringer M. Psychosocial factors influencing personal control in pain relief. International Journal of Nursing Studies 2000; 37: 493-503
6. Golara M, Plaat F, Shenn A. Upright versus recumbent position in the second stage of labor in women with combined spinal-epidural analgesia. International Journal of Obstetrics Anesthesia 2002; 11:19-22
7. Martin griffin Mr. Maternity nursing family new born and women health care. 17th Edition, Amazone Company: UK, 1997
8. Leeman L, Fontaine P, king V, klein MC, Ratcliffe S. The nature and management of labor pain: part I. Nonpharmacologic Pain Relief American Family Physician 2003; 68: 1109- 1112
9. Taylor C. Fundamentals of Nursing. 1stEditon, Philadelphia: Lippincotte, 2008
10. A. Moussavi, Comparison Quran and music effects on pain intensity in the active phase of labor in primiparous women admitted to hospital in Tehran. Thesis (MS), Tehran University of Medical Sciences, Nursing 2002
11. S. Mikhbar. Raihana Beheshti. 1st Edition, Nooralzahra Publications: Qom. 2004
12. A. Najafi. Expressed miracle Quran flags' Sura. 1st Edition, Al-Quds: Qom 1997
13. Melzak D. Pain control in labor and delivery. Continuing Education in Nursing Journal of Midwifery and Women's Health1994; 26: 40-42
14. Sh.kohan, labor preparation effect on pain intensity and duration of labor nulliparous women referred to health centers and hospitals Imam [Khomeini] City Semirom .Thesis (MA) - Shahid Beheshti University of Medical Sciences, 2011
15. Williamson, Amelia; Hoggart, Barbara a review of three commonly used pain rating scales. Journal of Clinical Nursing 2005; 14: 798-804
16. Wesselmann U. Pain in Childbirth: the senses: a comprehensive reference. Pain 2008; 5:579-583

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.17.9]

17. Harrison A. Childbirth in Kuwait: The experiences of three groups of Arab mothers. Journal of Pain and Symptom Management 1991; 6: 466-475
18. Hodnett E.D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review, American Journal of Obstetrics and Gynecology 2002; 186: 160-172
19. Kuti O, Faponle AF. Perception of labour pain among the Yoruba ethnic group in Nigeria. Journal Obstetrics and Gynaecology 2006; 26: 332-4
20. Brown ST, Douglas C, Plaster L. Woman's evaluation of intrapartum non pharmacological pain relief methods used during labor. Journal of Prenatal Education 2001; 10: 20-28
21. Lowe NK. Maternal confidence in coping with labor, a self - efficacy concept. Journal of obstetetrics and gynecology neonatal nurse1991; 20: 457- 463
22. Lowe NK. Explaining the pain of active labor: the importance of maternal confidence. Research in Nursing and Health 2007; 12: 237-245
23. Moreira-Almeida A, KoenigH. Religiousness and spirituality in fibromyalgia, and chronic pain. patients. Current Pain and Headache Reports 2008; 12: 327-332
24. Rippentrop EA , Altmaier EM, et al. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. Pain 2005; 116: 311-321
25. Carol J. Wachholtz L. Spirituality and Meaning Making: what can we learn? Religions. Pain 2011; 2: 1-16
26. Brenda A. Alternative therapies for management of pain in labor and delivery. Clinical Obstetrics and Gynecology 2002; 44: 704-732
27. Heydarnia M.A, Rahnama P, Montazeri A, Ebadi M, Rahmati Najarkolaei The relationship between early admission in labor and the occurrence of obstetrical complications. Payesh 2008;3:235-239
28. Lowe NK. Individual variation in childbirth pain. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology 1987; 7: 183 - 192
29. Lowe NK.The pain and discomfort of labor and birth. Journal of Obstetrics & Gyncology Neonatal nursing 1996; 25:82-92
30. Lowe NK. The nature and management of labor pain. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2002; 186: 16-24
31. Sh. Mohammaditabar, A. kiani, M. heidari.The survey on tendencies of primiparous women for selecting the mode of delivery. Journal of Babol University Medical Science 2009; 11:59-54

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.17.9]